

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE 896

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Raymond GEGERMACHER

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique
Né le 11 Janvier 1887, à Paris

**Contribution à l'étude clinique
et statistique des dyspepsies**

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond GEGERMACHER

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

Né le 11 Janvier 1887, à Paris

Contribution à l'étude clinique et statistique des dyspepsies

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guÿ)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TROISIER	Pathol. expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.
Justin BESANÇON....	Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologiq.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
ALAIJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V₆ — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Saint Antoine

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS (EXTERNAT) (*In Memoriam*)

MM. LES PROFESSEURS POIRIER, ALBARRAN,
KIRMISSON, PINARD

MM. LES DOCTEURS ENRIQUEZ, BOULLOCHE
BOISSARD

A MES AMIS DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR HENRI MONDOR

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Bichat

A M. LE DOCTEUR RAYMOND MOREAU

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Broussais

M. LE DOCTEUR ANDRÉ CAIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE DOCTEUR MAURICE HAMBURGER

Médecin des Hôpitaux

INTRODUCTION

Le présent travail ne veut être qu'une modeste contribution à l'étude des problèmes qui se posent au médecin chargé d'une consultation de gastrologie. Nous disons bien de gastrologie et non de gastro-entérologie. Il ne sera donc question ici que de patients atteints d'affections de l'estomac, ou plutôt souffrant de maladies à symptomatologie gastrique. Nous ne parlerons, par conséquent, pas des autres malades qui se plaignent de troubles intestinaux, et qui forment le complément nécessaire de toute consultation de gastro-entérologie. D'ailleurs, si l'on voulait élargir le cadre de cette étude et y incorporer les problèmes d'ordre pratique inhérents à une consultation gastro-entérologique, on verrait que sur de nombreux points, les questions à résoudre seraient du même ordre que celles que nous nous proposons d'étudier.

En exposant les résultats de nos observations qui portent sur près d'un millier de malades (suivis à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre

ami le Docteur Maurice Hamburger, que nous tenons à remercier chaleureusement), nous nous sommes placé à un point de vue purement pratique, laissant à dessein de côté tout ce qui n'est pas d'ordre strictement clinique.

CHAPITRE PREMIER

COMMENT SE PRÉSENTENT LES DYSPEPTIQUES

Venus spontanément ou envoyés par leurs médecins traitants, les gastropathes forment un groupe bien spécial dans l'immense armée qui vient demander des conseils et des soins dans les consultations hospitalières. En effet, si quelquefois, on se trouve en face de sujets qui exposent avec netteté l'histoire de leur maladie et facilitent ainsi la tâche du médecin qui doit, très rapidement, les interroger, les examiner, faire un diagnostic et prescrire un traitement, — généralement, on a affaire à des patients dont le moins qu'on puisse dire d'eux est qu'ils sont désespérants par la manière dont ils content leurs misères. Ou bien leurs propos sont vagues et il faut leur arracher péniblement un récit souvent dénué d'intérêt médical, ou bien ils se lancent dans de longs récits non moins dépourvus de précision, auxquels il faut vite mettre fin et qu'il convient de remplacer par un interrogatoire méthodique et minutieux.

On ne s'en étonnera pas, si l'on considère que nous avons affaire à une clientèle surtout féminine et en général à des malades qui, de notoriété publique, sont souvent des névropathes.

Que les femmes forment la majorité de ces consultants, on ne doit pas s'en montrer surpris. On sait l'importance que prennent chez celles-ci les troubles névropathiques. Dûs, dans la plupart des cas, à un mauvais fonctionnement des glandes endocrines, ils ont sur le caractère et le physique de la femme une influence dont la clinique montre chaque jour l'importance capitale. On verra plus loin que la plupart des malades que l'on est appelé à examiner sont atteints de troubles anorganiques. Soumises plus ou moins à des troubles hormonaux, les femmes forment un groupe bien individualisé de malades dont l'examen est souvent difficile. Nerveuses, inquiètes, préoccupées avant même d'avoir consulté, elles sont souvent si émues par l'atmosphère spéciale de l'hôpital, par la présence de gens qui souffrent et se plaignent sans retenue, par l'importance que prend à leurs yeux ceux qui sont vêtus de blouse blanche (les infirmières aussi bien que le corps médical), qu'arrivées devant le médecin chargé de les examiner, elles perdent tout contrôle sur elles-mêmes et se noient dans un abîme de confusion. Tantôt, on

attire notre attention sur un détail dénué d'importance, tandis qu'on laisse dans l'ombre telle manifestation pathologique dont la connaissance fixerait immédiatement le diagnostic. Tantôt, la malade tire de son sac une auto-observation plus ou moins détaillée, souvent incohérente et sans valeur médicale, puis tente de donner lecture d'une longue liste de prescriptions que lui ont remises les nombreux médecins qu'elle a consultés antérieurement. Parfois, on a affaire à une lectrice de livres ou de journaux médicaux : avant même qu'on l'ait interrogée, elle expose son cas dans un langage pseudo-scientifique où sont écorchés les mots techniques, fait elle-même le diagnostic de l'affection dont elle souffre, porte un pronostic, prescrit le traitement dont elle a besoin, et n'admet pas qu'on ne soit pas de son avis. Telle autre, à peine entrée dans le cabinet de consultation, éclate en sanglots, et c'est avec peine qu'on lui arrache l'aveu qu'elle se croit atteinte d'un cancer, ou qu'elle souffre d'un ulcère dont elle sait bien qu'elle ne guérira jamais.

Ajoutons que nombre d'hommes atteints de gastropathies anorganiques que nous avons l'occasion de voir présentent un état psychique qui rappelle celui des femmes dont il vient d'être question. Présentant les mêmes troubles, ils ont aussi les mêmes tares physiques et mentales qui les en rappro-

chent : on peut dire d'eux qu'hommes par le corps, ils sont femmes par l'esprit et le caractère.

En somme, peu de malades savent dire clairement pour quelles raisons ils viennent à l'hôpital. A la question bien précise : « Pourquoi venez-vous consulter ? », la plupart répondent : « Parce que je souffre de l'estomac. » Cependant, si l'on insiste sur le verbe *souffrir* qu'ils emploient, on s'aperçoit bien souvent, qu'il s'agit d'un abus de langage, qu'ils ne souffrent réellement pas et qu'ils présentent quelques signes de dyspepsie comme il arrive à tant de nos contemporains. Mais si l'on a la patience de les écouter, si on les interroge méthodiquement, on se rend compte qu'ils viennent consulter pour une série de symptômes qu'on rencontre sinon chez tous, du moins chez beaucoup d'entre eux, les uns sérieux, les autres sans gravité.

CHAPITRE II

DE QUELS SYMPTOMES SE PLAIGNENT LES GASTROPATHES

Quels sont les symptômes dont se plaignent les gastropathes ? Ceux-ci peuvent, pratiquement, se diviser en quatre groupes de malades :

1) les uns sont des dyspeptiques qui ne souffrent pas ;

2) les autres se plaignent de dyspepsie douloureuse ;

3) d'autres vomissent ;

4) d'autres malades viennent consulter pour des phénomènes pathologiques dont ils attribuent l'origine à une affection gastrique.

A. — *Malades se plaignant de troubles dyspeptiques non douloureux*

Ceux-là forment le fonds de toute consultation de gastrologie. Il s'agit de sujets qui se plaignent de mal digérer. Ils n'éprouvent aucune espèce de

douleurs. Mais ils sentent qu'ils ont un estomac. Dès qu'ils ont mangé, ils accusent une sensation de gêne gastrique, généralement légère, quelquefois assez marquée. Ils ont facilement l'impression qu'ils ont trop mangé, même quand ils ont absorbé une petite quantité d'aliments. Leurs vêtements les gênent ; ils sont obligés de desserrer leur ceinture de pantalon ou de gilet, lorsqu'il s'agit d'hommes, ou de dégraffer leur jupe à la taille, ou même d'enlever leur ceinture, lorsqu'il s'agit de femmes. Pendant une demi-heure ou une heure après le repas, quelquefois davantage, ils souffrent de légers maux de tête, ils ont le visage congestionné, ils ont de la peine à suivre un raisonnement ou à travailler. Parfois, ils sont pris de pandiculations irrésistibles et d'envies de dormir contre lesquelles ils doivent lutter. Certains sont aérophages. Les uns ont quelques éructations qui semblent les calmer. D'autres ont des rôts en série, aussi bien à jeun qu'immédiatement après les repas, ou entre les repas, qui les incommode pour des raisons de civilité plus qu'ils ne les gênent physiquement. Parfois ils se plaignent de hoquet ; souvent c'est le médecin qui constatera ce hoquet ou les mouvements de déglutition involontaires, ou qui se rendra compte que le malade atteint de sialorrhée est inconsciemment aérophage.

Si l'on interroge ces malades, on apprend que

certains aliments qu'ils aiment leur sont interdits. Adieu les bons diners ! Ils doivent renoncer à tous les plats à sauces, aux corps gras cuits, aux épices, aux hors-d'œuvre, au pot-au-feu, au gibier, à la charcuterie, aux crustacés, aux poissons gras, à certains légumes (chou, chou-fleur, choucroute, oseille, tomates, concombres, radis), aux fritures, aux fromages fermentés, à la pâtisserie, aux fruits acides, au vin, au pain. Sinon, c'est la gêne gastrique, quelquefois des renvois de corps gras, comme si une couche de beurre ou de graisse, liquide et froide tapissait la muqueuse gastrique, un état de malaise marqué. Mais si l'on ne se contente pas d'écouter les patients, si on les interroge, on apprend qu'ils mangent rapidement (même s'ils disposent d'un temps suffisant), que leur mastication est insuffisante, soit parce qu'ils mangent trop vite, soit parce que leur denture est incomplète ou en mauvais état, soit parce qu'ils ont un appareil de prothèse dentaire, qu'ils lisent à table, qu'ils travaillent en mangeant, qu'ils téléphonent pendant leur repas, qu'ils absorbent des quantités excessives de pain. Qu'ils se décident à suivre une hygiène convenable et voilà nos malades améliorés souvent, et guéris quelquefois.

Ces dyspeptiques qui ne souffrent pas, l'examen clinique les partage en deux catégories nettement séparées.

Dans un premier groupe, les malades ne présentent rien de particulièrement frappant : la langue est quelquefois blanche, la palpation de l'abdomen ne provoque aucune douleur à l'épigastre, parfois, le cœco-ascendant et le descendant contiennent des matières.

Dans un second groupe se classent un nombre considérable de malades, le plus souvent des femmes, qui présentent un ensemble de signes physiques bien caractérisé. Ce qui frappe, chez eux en effet, c'est l'état de la musculature abdominale. Celle-ci est du type atonique ou hypotonique et n'est d'ailleurs qu'un reflet du tempérament de l'individu. Alors que dans le premier groupe indiqué plus haut, les malades ne présentent rien de particulier à l'examen de l'abdomen, ici les patients ont tous une paroi abdominale absolument insuffisante. Ou bien il s'agit de malades longilignes et mal musclés, ou bien il s'agit d'individus construits selon un schéma de type moyen mais non moins insuffisamment musclés. Au lieu d'être ferme, modérément adipeuse, et de maintenir en place les organes de la cavité abdominale, la paroi est molle, flasque, anormalement mince ou exagérément surchargée de graisse, s'étale latéralement quand le malade est couché, laisse se dessiner la forme en cornemuse d'un estomac distendu par les gaz et descendant par-

fois dans la position horizontale bien au-dessous de la ligne bis-iliaque, ou bien permet de voir les rep-tations d'un colon chargé de gaz et occupant l'hypo-gastre. La palpation corrobore les renseignements fournis par l'inspection : la main du médecin s'en-fonce trop facilement dans la cavité abdominale, la paroi est trop mince, ou trop grasseuse, elle est mol-le et flasque, parfois la ligne blanche est disjointe et les doigts pénètrent dans la fente pathologiquement ouverte, l'aorte abdominale battant vigoureusement et avec trop de rapidité est douloureuse lorsqu'on la touche, l'estomac est bas-situé, clapote sponta-nément ou lorsqu'on lui imprime de petites secous-ses, l'intestin laisse entendre des borborygmes, les fosses iliaques sont souvent pleines de matières, le rein droit est plus ou moins abaissé (1), le foie lui-est quelquefois descendu. Si l'on examine ces ma-lades debout, la laxité de la paroi s'exagère, le bas-ventre prohémine d'une manière exagérée, disten-du par la masse gastro-intestinale, le rein droit est pincé facilement entre le pouce placé dans la région lombaire et les autres doigts plaqués sur la paroi ab-dominale. En provoquant un mouvement d'ascen-sion du ventre, on voit la masse remonter. On se

(1) Il nous est arrivé de trouver chez une malade un abaissement total des deux reins qu'on pouvait amener pres-que à la ligne médiane.

rend encore mieux compte que la paroi est insuffisante, si, se plaçant derrière eux, on remonte leurs organes ptosés en croisant les mains en ceinture sur leur abdomen : aussitôt ils éprouvent une sensation de bien-être, ils respirent facilement, leur cœur bat moins vite. Mais qu'on leur supprime la sangle artificielle ainsi constituée, et aussitôt ils ressentent une impression de pesanteur et de gêne abdominale tout à fait caractéristiques ; souvent, nous leur avons entendu dire qu'ils avaient le ventre fatigué. Quelquefois c'est d'une sensation d'arrachement douloureux qu'ils se plaignent.

Ces malades sont souvent des asthéniques. Fatigués dès le lever, ils se plaignent constamment de lassitude. Le moindre travail physique les exténue. Même assis, ils sont fatigués, et leur position favorite est la situation couchée. Trop émotifs, déprimés, irritables, pleurant facilement, portés à la mélancolie, souvent inquiets, angoissés et anxieux, ils ne se confient au médecin que si celui-ci sait les deviner et obtenir leur confiance. S'il s'agit de femmes on trouvera chez elles des troubles endocriniens importants : apparition tardive de la fonction ovarienne, règles irrégulières, (trop fréquentes ou trop espacées), dysménorrhée, aménorrhée, ménorragies, exagération de volume du corps thyroïde avec hypothyroïdie ou basedowisme.

B. — *Malades se plaignant
de troubles dyspeptiques douloureux*

Nombreux sont les gastropathes qui souffrent. Il n'est pas question de ceux qui, digérant médiocrement, se plaignent de malaises, de sensations de gonflement, de pesanteur, mais des sujets qui éprouvent des douleurs gastriques vraies, celles-ci variant avec les malades. Tantôt, il s'agit de crampes plus ou moins légères, tantôt c'est d'une brûlure que se plaignent les malades, brûlure parfois passagère, parfois tenace. Certains souffrent de pyrosis, d'autres emploient pour caractériser les douleurs qui accompagnent leur digestion des comparaisons qui indiquent une souffrance plus marquée : ils se plaignent de sensation de fer chaud, de plaie, de déchirement, de morsure, de torsion, de transfixion. Chacun caractérise sa douleur à sa manière, suivant son tempérament, sa culture, son imagination, le milieu auquel il appartient, son origine (1). Cependant, les mêmes expressions se rencontrent chez les gastropathes qui souffrent : il convient donc d'en tenir compte, tout en faisant la part de l'exagération des névropathes.

(1) On sait avec quel luxe d'expressions les Méditerranéens, les Juifs, décrivent leurs sensations douloureuses.

Ces douleurs, les malades les localisent généralement à l'épigastre. Mais parfois elles irradient vers les fausses côtes, la colonne vertébrale, la région précordiale, le sternum.

Elles varient dans leur apparition. Tantôt, elles se produisent dès que le malade a absorbé un peu de nourriture ; tantôt, c'est immédiatement après les repas qu'elles surviennent ; chez d'autres, c'est deux, trois et même cinq et six heures après les repas qu'elles se produisent ; parfois, c'est à jeun que le malade s'en plaint. Mais quelle que soit leur distribution dans le temps, elles varient d'intensité suivant les cas : si elles sont légères chez certains, elles peuvent être parfois intolérables et presque syncopales chez d'autres. Tantôt fugaces, tantôt plus accentuées, elles disparaissent souvent à la suite de l'ingestion d'un aliment, d'un morceau de sucre, d'un peu de lait, de liquide chaud ou froid, mais elles sont parfois continues, influant péniblement sur l'état général du malheureux qui en est affligé ; en effet, le gastropathe ayant une déplorable tendance à diminuer ou à supprimer sa ration alimentaire habituelle, il maigrit tout naturellement, et attribue à la gravité de sa maladie sa déchéance physique dont il est le seul responsable.

D'ailleurs, souvent la douleur est le premier symptôme qui incite le malade à consulter un mé-

decin. Lors donc que le patient se plaint de douleurs gastriques vraies (douleurs qui souvent l'inquiètent parce qu'il est hanté par la crainte d'un ulcère ou d'un néoplasme), il convient d'y prêter la plus grande attention : elles sont en effet un élément important dans l'établissement du diagnostic. Cependant, quelles que soient leur intensité, leur mode d'apparition, leur durée, elles ne suffisent pas par elles-mêmes à fixer la nature de la gastropathie dont souffre le patient. Si l'on ne veut pas courir le risque de s'exposer à de graves erreurs on doit n'en tenir compte qu'autant qu'elles sont associées aux autres signes de la symptomatologie gastrique.

Comment se présentent les malades qui souffrent ?

Notons tout d'abord qu'il est fréquent qu'ils se plaignent d'hyperchlorhydrie. Si on leur demande communication de l'analyse de leur chimisme gastrique, on s'aperçoit qu'il n'y a pas eu d'analyse de faite. Le malade emploie ce terme d'hyperchlorhydrie parce qu'il le tient de son médecin ou de son pharmacien. Or, il faut bien savoir que parmi les gastropathes qui souffrent, les hyperchlorhydriques sont une minorité, et que les hypochlorhydriques et les anachlorhydriques souffrent également. Qu'il s'agisse de troubles anorganiques ou d'affections gastriques accompagnées de lésions anatomi-

ques bien définies, on ne peut *a priori*, se fier au seul interrogatoire pour affirmer la nature (normale ou pathologique) du chimisme gastrique. Il faudra donc faire les plus extrêmes réserves sur la notion d'hyperchlorhydrie invoquée par les malades, tant qu'elle n'a pas été corroborée par une analyse convenablement pratiquée.

Souvent les malades se disent ou se croient atteints d'une affection organique sérieuse, ou grave, comme un ulcère ou un cancer. Or fait remarquable, la grande majorité des malades que nous avons examinés et qui se plaignaient de phénomènes dyspeptiques douloureux ne présentaient pas de maladies organiques de l'estomac. La plupart d'entre eux souffraient de troubles anorganiques ou de maladies frappant d'autres segments du tube digestif ou même d'affections touchant d'autres appareils. Nous aurons d'ailleurs à revenir plus loin sur ce chapitre important de la pathologie digestive.

Ceux de nos malades qui étaient atteints de maladies organiques de l'estomac et qui étaient venus nous consulter parce que, entre autres symptômes, ils se plaignaient de souffrir, occupent dans notre statistique (dont on trouvera le détail dans un chapitre ultérieur) une place en somme peu importante, si l'on considère que sur 957 malades, III

seulement présentaient une affection organique, soit une proportion de 10 % à peine, en arrondissant les nombres.

Considérons par exemple, l'ulcère gastrique. Il semble qu'il s'agisse d'une maladie très répandue et parmi les gastropathies une des plus fréquentes ; or, nous n'en avons, en tout et pour tout, trouvé que 42 cas ayant fait leur preuve, (19 hommes et 23 femmes) sur 957 malades examinés. Si nous y ajoutons 20 cas d'ulcères du duodénum (5 hommes et 15 femmes), puisqu'il est bien entendu que l'ulcère duodénal a surtout une symptomatologie gastrique et qu'il semble difficile, pour ne pas dire impossible, de ne pas considérer l'ulcère duodénal comme une affection gastro-intestinale à manifestations presque uniquement gastriques, nous obtenons un total de 62 cas (1), soit 12 % du nombre total des dyspeptiques examinés. Cette proportion relativement faible de lésions ulcéreuses pourra surprendre le lecteur qui aura présents à l'esprit les résultats rapportés par certains auteurs qui ont mis sur l'insuffisance de nos techniques d'investigation le petit nombre d'ulcères diagnostiqués. Notre affir-

(1) En rattachant pour les mêmes raisons à cette liste deux malades atteints de duodenum mobile et 7 de périépidénite, on obtiendrait un total de 71 malades sur 957.

mation est fondée sur des examens complets et répétés (1).

De même le nombre de néoplasmes gastriques que nous avons examinés est minime (14 cas), qu'il s'agisse d'épithéliomas purs ou d'ulcéro-néoplasmes. D'autre part, nous n'avons rencontré que 6 cas de sténose pylorique (trois par ulcères, deux par cancer, un à la suite d'une intervention sur les vases biliaires). La syphilis gastrique est une affection très rare. Nous n'en avons vu qu'un seul cas qu'il nous a été donné de suivre et d'améliorer par le traitement spécifique. Enfin, vingt cas de gastrite (19 d'origine éthylique et un d'origine médicamenteuse) terminent la liste des gastropathes dont on peut dire qu'ils étaient atteints de maladies organiques. En additionnant ces divers cas, nous arrivons à un total de 111 cas, c'est-à-dire environ 10 % du nombre total des malades examinés.

Or, à côté de ces malades qui souffrent et chez lesquels la clinique, aidée des moyens d'investigation mis à notre disposition par les Rayons X et les recherches de laboratoire, nous permet de déceler

(1) Il est bon de noter que certains ulcères du duodénum sont indolores et qu'ils ne se manifestent parfois que par des phénomènes dramatiques comme une hémorragie importante, une perforation suivie de mort. Exceptionnellement, le néoplasme gastrique peut également être indolore.

l'origine organique des troubles qu'ils présentent, il en est un nombre bien plus considérable qui attirent spécialement l'attention du médecin sur la symptomatologie douloureuse et qui, cependant, ne sont atteints d'aucune affection organique de l'estomac. Ceux-là aussi se plaignent de brûlures à horaire fixe, de crampes parfois atroces, de sensations de déchirement, de torsion, de transfixion, de rongement, ceux-là aussi sont hantés par l'idée qu'ils sont atteints d'un ulcère ou d'un cancer, ceux-là aussi voient leur état général périliter, et pourtant ces malades sont atteints de troubles purement fonctionnels.

AUX III cas notés plus haut s'opposent dans cette seconde catégorie 452 malades chez lesquels les examens les plus minutieux n'ont pas révélé de signes d'affections organiques. Ces malades, comme les précédents, ont tous été passés à l'écran. Un grand nombre d'entre eux ont été non seulement radioscopés, mais aussi radiographiés. Lorsqu'il y avait le moindre doute sur l'interprétation d'une image pouvant conduire à une erreur de diagnostic, les examens radiographiques ont été répétés. Certains de nos malades ont été examinés par le radiographe trois et quatre fois. Nous avons, d'autre part, fréquemment eu recours aux secours du laboratoire, surtout dans le cas où ces malades souffraient vio-

lemment ou lorsque leurs douleurs affectaient cette allure cyclique qui caractérise les crises des ulcéreux, et nous avons vu se confirmer cette règle que presque tous nos sujets ne présentaient que des symptômes purement fonctionnels.

Ces 452 malades, dont plus de la moitié étaient des femmes (exactement 248) se divisaient en deux groupes :

a) malades ne présentant à l'examen aux rayons X aucune anomalie de l'image gastrique, et chez lesquels l'évacuation était ou normale ou spasmodique avec, parfois une hypersécrétion plus ou moins marquée ;

b) malades présentant un remplissage hypotonique ou atonique de l'estomac, avec dislocation de la masse gastro-colique.

Le premier groupe ne comporte que 169 malades. Notons deux faits intéressants : que les hommes y sont la majorité (147 contre 22 femmes) et que les femmes ne présentent pas de troubles endocriniens. Ici, il s'agit fréquemment de sujets ayant une denture défectueuse (32) : les uns, complètement ou partiellement édentés, les autres, porteurs de dents cariées ou douloureuses, d'autres munis d'un appareil de prothèse partiel ou complet. Ou bien, il s'agit de tachyphages (33). Ou bien ce sont

des tuberculeux en évolution (13) ou des syphilitiques plus ou moins bien soignés (7), ou d'anciens dysentriques ou des colitiques, ou des malades ayant une hygiène alimentaire défectueuse, grands mangeurs de pain, grands fumeurs, buvant trop de liquides et parfois, trop de vin. Souvent, ces malades ne présentent d'autre tare qu'un état névropathique accusé, que les soucis matériels ou les préoccupations d'ordre moral n'expliquaient que trop bien.

Le second groupe réunit en tout 283 malades, dont 226 femmes, formant ainsi l'élément le plus important de la consultation.

A l'examen radiologique, on trouvait chez tous les images que nous avons rappelées plus haut. D'autre part, tous présentaient un ensemble de signes physiques et de troubles psychasthéniques tout à fait caractéristique, dont il a été question antérieurement (1).

La clinique permet de subdiviser ce groupe en deux sous-groupes, un premier formé surtout d'hommes (57) et de quelques femmes (26) ne présentant pas de troubles endocriniens, et un second, le plus imposant, ne comportant que des femmes (200) atteintes, en outre, et l'on pourrait même dire

(1) Voir page 16.

surtout, de troubles polyglandulaires plus ou moins prononcés.

Dans le premier sous-groupe, on rencontre des édentés, des tachyphages, des entériteux, des constipés, des diarrhéiques, des hémorroïdaires, des aérophages.

Dans le second, les troubles thyro-ovariens prennent une importance capitale sur laquelle il convient d'insister spécialement. Les malades se plaignent souvent de souffrir d'une façon très marquée. Tantôt, elles ont des brûlures ou des crampes qui commencent dès qu'elles ont mangé et cessent rapidement ou qui durent parfois pendant toute la digestion. Tantôt, les douleurs surviennent à jeun ou loin des repas, deux ou trois heures plus tard, parfois cinq et six heures après, réveillant les malades, leur arrachant des cris par leur intensité. Parfois, et nous y insisterons plus loin, ces douleurs s'accompagnent de vomissements d'aliments. Effrayées par ces souffrances, les malades cherchent à en éviter l'apparition en diminuant leur ration alimentaire ou en se soumettant à des régimes extravagants (et on les voit maigrir rapidement), ou bien en se droguant abondamment, sans être d'ailleurs soulagées. Très fréquemment, leur état général est atteint, et c'est souvent comme des ulcéreuses ou des cancéreuses qu'elles se présentent. Cependant,

certaines d'entre elles, bien que souffrant après tous les repas et quelquefois d'une manière intense, conservent un appétit excellent, mangent abondamment et sans suivre de régime, et ont un air de bonne santé qui contraste singulièrement avec le récit qu'elles font de leurs souffrances. Mais qu'on les interroge sur leurs règles, et l'on constate chez toutes ces malades une série de troubles caractéristiques.

Toutes ces malades sont mal réglées. En général, elles sont insuffisamment réglées, que la fonction ovarienne s'exerce à date fixe ou non. Tous les degrés de l'insuffisance de l'hémorragie cataméniale se rencontrent. Les unes perdent un peu de sang pendant quelques heures seulement et quelquefois moins. Parfois, ces malades restent aménorrhéiques pendant plusieurs mois ; quelques-unes de nos patientes n'ont pas été réglées pendant un an de suite. Dans d'autres cas, les règles sont trop fréquentes, et elles sont alors ou insuffisantes ou trop abondantes. Souvent les premières règles ont fait leur apparition tardivement, à quinze, à dix-sept et même à vingt ans. Chez d'autres patientes, on se trouve en face de troubles dûs à la suppression de la fonction ovarienne. Lorsque celle-ci est physiologique, elle se produit vers la cinquantaine. Anormalement, elle peut être beaucoup plus précoce :

une de nos malades, réglée à quinze ans, atteint sa ménopause à vingt-quatre ans. D'autres malades souffrent, à des âges variables, des graves inconvénients de la suppression du flux menstruel, lorsque leur aménorrhée est due à un acte chirurgical ou à une stérilisation par les agents physiques.

Souvent, à ces troubles ovariens s'en ajoutent d'autres d'origine thyroïdienne, qui s'accompagnent soit de petit corps thyroïde, soit de goître simple, soit de goître basedowifié, soit d'un vrai goître exophtalmique. Tous les petits signes de l'insuffisance thyroïdienne se retrouvent chez ces malades : visage lunaire, infiltration des tissus, acrocyanose, frilosité, marbrures de la peau, sécheresse des téguments, insuffisance de la queue du sourcil, rareté des poils axillaires et pubiens, canitie précoce, parfois pâleur du visage, rides profondes, aspect de sénilité précoce ou de jeunesse trop prolongée. Lorsqu'il s'agit d'hyperthyroïdie, on en rencontre tous les degrés, depuis le basedowisme léger avec simple fièvre, œil trop brillant et regard un peu fixe, jusqu'aux formes complètes, plus ou moins graves, de la maladie de Basedow.

Ces troubles thyro-ovariens s'accompagnent toujours chez les gastropathes nerveuses d'une série de phénomènes pathologiques de l'intestin. Elles sont, le plus souvent, constipées et leur constipation

se complique souvent d'hémorroïdes et de colibacillose. Les hyperthyroïdiennes sont diarrhéiques. Très souvent les patientes présentent des signes d'entérocolite avec alternance de selles diarrhéiques et de selles constipées. Elles ont souvent des migraines ou de l'urticaire.

A un autre point de vue, leur comportement envers leur milieu, leurs réactions devant les menus faits de la vie courante, se manifestent chez elles par des traits qui les réunissent dans un même groupe mental et moral. Instables, tantôt trop gaies, tantôt trop tristes, mais le plus souvent affligées d'une tendance à noircir les événements, à avoir « le cafard », irritables, s'emportant à tout propos, frappant sans raison leurs enfants, faisant des scènes à leurs maris à propos de riens, pleurant à tout bout de champ, prises de désespoirs tragiques devant leur entourage ou en proie à d'effroyables accès de détresse dès qu'elles sont livrées à elles-mêmes, n'arrivant pas à s'endormir, ou le sommeil entrecoupé de cauchemars, successivement abattues ou excitées, toujours lasses, elles sont dans un état nerveux tel, souvent, qu'elles empoisonnent leur propre vie et celle de leur famille.

Ces manifestations névropathiques s'accompagnent souvent de troubles de la sexualité dont les malades se plaignent rarement. Les hommes osent

parfois avouer spontanément qu'ils sont impuissants ou atteints de pollutions nocturnes. Les femmes, retenues encore davantage par la pudeur, se plaignent tout à fait exceptionnellement de leur frigidité. Il faut donc rechercher ces troubles, et pour cela, provoquer des confidences qu'on obtient facilement en inspirant confiance aux malades

C. — *Malades se plaignant de troubles dyspeptiques avec vomissements*

Le vomissement est un symptôme relativement peu fréquent au cours des gastropathies. Précédé ou non de nausées il est suivi d'une sensation de soulagement et de bien être telle, que lorsqu'il n'est pas spontané, les malades le provoquent souvent. Mais s'il est fréquemment douloureux, il est non moins souvent indolore. Parfois unique, parfois répété au cours d'une même journée et pendant quelquefois des semaines et même des mois de suite, il se produit à des heures variables. Tantôt c'est à jeun, tantôt c'est au cours même des repas, ou aussitôt après, tantôt c'est deux, trois, cinq heures après l'ingestion des aliments, quelquefois c'est dix, quinze, vingt heures, et même plusieurs jours plus tard, que le vomissement a lieu. Qu'il se produise toujours aux

mêmes heures ou à des moments variables dans la journée, qu'il soit ou non périodique, le vomissement est, suivant les cas, insipide, salé, sucré, amer, acide, ou s'accompagne d'un goût de sang. Il peut être indolore comme il peut dégager une odeur violente de fermentation. Suivant l'aspect, il est muqueux, liquide, alimentaire ou hémorragique.

Comme il est dit plus haut, contrairement à ce qu'on pourrait croire, même dans les gastropathies organiques, le vomissement n'est pas fréquent. Nous ne l'avons trouvé que dans une proportion de 12 % chez les malades que nous avons suivis.

Si on le rencontre souvent au cours d'affections comme l'ulcère ou le cancer, on ne le trouve pas toujours dans les anamnèses des malades. C'est ainsi que dans 42 cas d'ulcère gastrique, (même quand celui-ci siégeait dans la région pylorique), il ne s'est manifesté que 19 fois, et dans 12 cas de néoplasme, 4 fois. Les malades atteints de sténose pylorique vomissaient tous. Sur 20 cas d'ulcère duodéal, nous n'avons relevé que 5 fois des vomissements. Des 20 malades atteints de gastrite éthylique, seuls 4 vomissaient.

Fait curieux, la proportion des vomisseurs chez les gastropathes anorganiques est la même que chez les dyspeptiques organiques (6 %). Il y a un grand intérêt à connaître ces vomissements chez les

névropathes. C'est chez ces mêmes malades qui souffrent si violemment et chez lesquelles on ne trouve aucune lésion organique, mais uniquement des troubles névropathiques imputables à un déséquilibre des fonctions endocriniennes, que l'on rencontre fréquemment des vomissements.

Ils se produisent souvent au moment des douleurs ou en dehors des douleurs gastriques. Mais, généralement, les névropathes vomissent sans souffrir, et avec une facilité qui étonne. Elles peuvent souvent, d'ailleurs, manger après avoir vomi et conserver les nouveaux aliments ingérés. Elles-mêmes reconnaissent qu'elles vomissent certains jours des aliments parfaitement digestibles, comme une purée de pommes de terre ou une tranche de jambon, et que, certains autres, elles digèrent très bien des mets notoirement indigestes, comme le homard à l'américaine ou un ragoût de mouton fortement épicé. S'il est presque de règle que ces vomissements ne s'accompagnent d'aucun retentissement sur l'état général, il est des cas où les malades, rejetant tous les aliments qu'elles absorbent, sont vouées à une déchéance physique rapide. Pour peu que ces patientes trompent le médecin par des réponses insuffisantes, celui-ci pensera fatalement être en face d'une affection de caractère grave. Mais la constatation de signes de névropathie, la notion de troubles polygland-

dulaires accompagnés de ces manifestations pathologiques dont nous avons esquissé plus haut le tableau clinique éviteront d'attribuer à une maladie grave un symptôme purement fonctionnel dont il sera facile de venir à bout.

L'hématémèse est généralement la signature d'une maladie organique de l'estomac et du duodénum. Rejeté pur ou mélangé aux aliments en quantité plus ou moins grande, le sang qui provient d'une gastroragie est rouge ou noir ; il est suivi généralement de melæna. Encore ne faut-il pas oublier que l'hématémèse de l'ulcère du duodénum peut s'accompagner d'une émission concomitante de sang vermeil par l'anus. Il est bon de se rappeler aussi que toutes les gastrorragies ne s'accompagnent pas d'hématémèses, que toutes les hématémèses ne sont pas suivies de melæna, qu'il est fréquent que les hémorragies soient occultes, et que le seul moyen de déceler ces dernières, c'est la recherche méthodique du sang dans les selles (1). On a

(1) Il est bon de noter que lorsqu'on veut rechercher le sang dans les feces, le malade doit être mis au régime lacté, et la recherche se faire sur un fragment de matières prélevé sur le milieu de la garde-robe (pour ne pas trouver du sang hémorroïdaire). Il faudra éviter de confondre le sang bucal (blessures de la langue, hémorragies gingivales) et le sang gastro-intestinal : pour cela, le malade se gargarise avec de l'eau simple et c'est dans cette eau rejetée et conservée dans un récipient que se fera la recherche du sang.

signalé des hématoméses supplémentaires : peut-être en avons-nous vu un cas signalé plus loin.

En dénombrant les cas d'hématoméses, suivies ou non, de melæna, ou de melæna pur chez des malades atteints de gastropathies organiques, nous relevons que sur 42 cas d'ulcère gastrique, 13 seulement s'accompagnèrent d'hématomèse, dont cinq furent suivies de melaena ; d'autre part, dans 6 cas, il n'y eut pas d'hématomèse, mais seulement du melaena. Sur les 20 cas d'ulcère du duodenum, nous avons relevé 5 cas d'hématoméses, dont deux avec melæna. Sur 12 cas de cancer gastrique, deux fois seulement on nota des hématoméses, dont une avec melæna, et quatre malades présentèrent du melæna pur. Les 2 cas d'ulcéro-néoplasme observés par nous ne s'accompagnèrent ni de vomissement de sang, ni de melæna. Sur 19 cas de cirrhose, nous avons noté une hématomèse suivie de melæna et 3 cas de melæna pur.

D. — *Malades se plaignant de manifestations pathologiques attribuées par eux à une affection gastrique.*

Il est fréquent que les malades viennent consulter, non pas parce qu'ils sont gênés dans leur

digestion, parce qu'ils souffrent, ou qu'ils vomissent, mais pour d'autres symptômes auxquels ils attribuent une origine gastrique. Si la langue est le miroir de l'appareil digestif, elle ne reflète pas forcément une déficience gastrique. Une langue sale peut se rencontrer au cours de nombreuses maladies. De même la fétidité de l'haleine n'est pas forcément en rapport avec une dyspepsie : souvent, une denture mal entretenue, un état pathologique du nez ou des amygdales en sont la cause. Parfois, c'est parce qu'ils sont constipés ou diarrhéiques que les malades viennent consulter, en attribuant leurs troubles intestinaux à leur estomac. Or, s'il est exact que fréquemment les dyspepsies, quelle que soit leur nature, s'accompagnant de modifications des fonctions intestinales, c'est souvent sans que leur estomac y soit pour rien, que ces malades sont atteints de diarrhée, de constipation habituelle ou d'hémorroïdes. Par contre, certains patients souffrant de diarrhée, de biontérie ou de constipation et venus consulter pour ces seuls symptômes sont des gastropathes qui s'ignorent, tandis que d'autres ayant eu du melaena ou émis du sang vermeil par l'anus ne se doutent pas de l'origine gastro-duodénale possible de ces deux phénomènes pathologiques. Dans d'autres cas, les malades se plaignent de vertiges, de douleurs abdominales va-

gues, d'insomnies, mais les dyspepsies auxquelles ils attribuent ces symptômes n'existent que dans leur imagination.

CHAPITRE III

DES VRAIS ET DES FAUX GASTROPATHES

Ayant exposé les motifs pour lesquels nos malades étaient venus consulter, nous allons voir dans quels cadres nosographiques, il convient de les classer.

Ces consultants peuvent être divisés en cinq groupes :

- 1° malades atteints d'affections de l'estomac ;
- 2° patients souffrant d'autres maladies du tractus digestif ;
- 3° malades présentant une symptomatologie certainement digestive, mais dont l'origine n'a pu être localisée ;
- 4° malades atteints d'affections non digestives ;
- 5° sujets atteints de maladies en présence desquelles il n'a pu être fait de diagnostic.

On voit donc tout de suite qu'une consultation destinée à ne soigner que des malades atteints d'affections de l'estomac voit défiler un grand nombre de sujets qui ne sont pas des gastropathes purs. Aux

vrais gastropathes vient s'ajouter un nombre considérable de malades dont les troubles doivent être rapportés à d'autres organes. On verra dans quelles proportions.

En tout cas, notons tout d'abord le pourcentage des malades atteints d'affections frappant le tube digestif, quelles qu'en soient la nature et la localisation anatomique. Sur 957 malades examinés, ils forment un total de 811, soit en chiffres ronds, une proportion de 83 %. On ne s'étonnera pas de ces nombres ; mais il est quand même curieux de constater que 17 %, soit en forçant les nombres, environ le sixième des malades, n'auraient pas dû figurer parmi nos consultants. En faisant le décompte de nos malades, nous verrons dans quelles proportions ils se classent dans les différents groupe énumérés plus haut.

A. — *Malades atteints d'affections gastriques*

Sur le total de nos 957 malades, ils ne sont que 563, soit en tout 58 %.

Par rapport aux 811 malades atteints de troubles digestifs vrais, c'est-à-dire imputables à une affection du tube digestif, on les rencontre dans 69 % des cas. D'un autre côté, de ces 563 cas de gastropa-

thies, 111 sont organiques, soit environ 20 % et 452 fonctionnels, soit environ 80 %.

Nous avons vu que sur 957 malades nous n'avons pu relever que 62 cas d'ulcères, 42 de l'estomac, 20 du duodénum.

Les ulcères gastriques se répartissent ainsi :

Petite courbure	12 cas
Pylore	5 cas
Peptique	1 cas
Non localisés	2 cas
Anciens ulcères opérés et continuant de souffrir	12 cas

On notera, au sujet des malades opérés d'ulcères et continuant de souffrir que la plupart d'entre eux ne présentaient de syndrome douloureux que parce qu'ils ne suivaient pas de régime ; les uns, parce qu'ils estimaient que le régime n'est pas utile, puisqu'ils avaient été opérés et que l'intervention seule devait les guérir ; les autres, parce qu'on avait omis de leur prescrire. Trois autres malades, bien qu'ils se soumissent à une hygiène alimentaire rigoureuse, étaient édentés. Un autre était atteint de hernie de la ligne blanche ; nous n'avons pu obtenir, malheureusement, qu'il se fit opérer de cette hernie, cause, peut-être, de ses douleurs.

Les 20 cas d'ulcère du duodénum donnaient à l'écran les localisations suivantes :

Petite courbure	5 cas
Grande courbure	10 cas (1)
Face	2 cas
Ulcères non localisés aux rayons X	3 cas

A ces 20 cas d'ulcères duodénaux s'ajoutent deux cas de duodénum mobile et sept cas de péri-duodénite, dont 4 chez des malades atteints de cholécystite calculeuse.

Ainsi que nous l'avons déjà noté, les six cas de sténose pylorique se répartissent ainsi :

Sténose par ulcère du pylore....	3 cas
Sténose par néoplasme	2 cas
Sténose à la suite d'une intervention sur les voies biliaires....	1 cas

Les cas de néoplasme gastrique que nous avons suivis étaient situés dans 7 cas au pylore, dans les autres sur la grande courbure. L'un de ceux-ci avait envahi le foie et le péritoine, et cependant il ne s'accompagnait ni de vomissements ni d'hématémèse, ni de melæna. Dans un autre cas, bien que la tu-

(1) Chez deux de ces malades, le diagnostic fut confirmé par l'intervention.

meur néoplasique fut du volume d'une pomme, la malade n'éprouvait aucune sorte de souffrance, ni même de gêne.

Deux cas d'ulcère-néoplasmes du pylore, diagnostiqués cliniquement, furent confirmés par l'intervention chirurgicale.

Nous avons suivi 21 cas de gastrite, un de gastrite médicamenteuse dûe à l'abus du gardénal (chez un épileptique) et 20 de gastrite éthylique.

Nous ajouterons enfin à cette liste de malades le cas d'un sujet venu nous voir parce que, depuis trois ans, il souffrait de digestions pénibles avec brûlures gastriques violentes, mais sans vomissements ni mélæna. Alcoolique, son foie était sensible à la palpation. La leucoplasie buccale, la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann dans son sang, les images radioscopiques et radiographiques qui montraient des signes de sténose légère du pylore, nous firent faire le diagnostic de syphilis probable du pylore. Un traitement énergique fut institué. Trois mois plus tard, l'image pylorique était sensiblement normale et l'état digestif du malade excellent.

Nous ne reviendrons pas sur les 452 malades atteints de troubles anorganiques dont nous avons parlé antérieurement.

B. — *Malades atteints d'affections du tube digestif
autres que les gastropathies*

A côté des 563 gastropathes dont nous venons de faire le décompte, se place un nombre considérable de patients qui, venus consulter parce qu'ils se croyaient atteints de maladies de l'estomac, étaient en réalité atteints d'affections touchant d'autres segments du tube digestif. Souffrant de douleurs gastriques parfois extrêmement violentes, vomissant des aliments, de la bile ou du sang, constipés ou diarrhéiques, ayant parfois du melaena, ils avaient tout lieu de croire que les troubles qu'ils présentaient étaient d'origine gastrique. Or, il faut bien le savoir, ce second groupe de malades dont l'importance numérique n'est pas négligeable (puisque'il s'agit du tiers du nombre total de nos malades « digestifs »), est composé surtout d'hépatiques et d'entéropathes. Il comporte aussi un petit nombre de sujets atteints de maladies de l'œsophage, sur lequel nous passerons rapidement. Parce qu'ils vomissaient, les sept malades que nous avons examinés soit pour spasme (4 cas) soit pour néoplasme (3 cas) de l'œsophage, étaient venus nous voir parce qu'ils se croyaient atteints d'une maladie gastrique. Les caractères bien

spéciaux du vomissement œsophagien et l'examen radiologique ont fait faire rapidement la localisation anatomique des troubles constatés et le diagnostic des affections en cause.

Les hépatiques sont en grand nombre, puisque nous avons compté 123 cas de malades atteints d'affections du foie, soit une proportion de plus de 12 % sur le nombre total de nos consultants. Ils se partagent en lithiasiques (99 cas), cirrhotiques (19 cas) et ictériques (5 cas).

Passons rapidement sur les 5 cas d'ictère, dont 4 étaient d'origine catarrhale et un consécutif à une intoxication médicamenteuse, chez une malade spécifique en cours de traitement.

Les 19 malades atteints de cirrhose se plaignaient tantôt de douleurs gastriques, tantôt de vomissements alimentaires ou de pituites, tantôt d'hématémèses, tantôt de melaena. L'interrogatoire des malades, leur aspect, la constatation d'un gros foie, avec ou sans ascite, faisaient faire rapidement le diagnostic.

Les 99 cas de lithiasie biliaire que nous avons suivis se décomposent en 73 cas de lithiasie non compliquée et de 26 cas de lithiasie compliquée de cholecystite. Le diagnostic entre une gastropathie et une affection des voies biliaires est quelquefois très difficile à faire cliniquement. En général, les crises de

coliques hépatiques sont si nettement caractérisées que le diagnostic en est d'une extrême facilité. Mais il est des cas particulièrement délicats. Par exemple, le malade localise mal la douleur : il se plaint de souffrir de l'estomac, et si on lui demande de poser son doigt sur le point particulièrement sensible dont il souffre, il indique nettement l'épigastre ; ou bien, il n'a pas remarqué que la douleur dont il se plaint irradie vers les fausses côtes droites. Parfois il est nauséux, mais ne vomit pas. Ou bien il ne vomit ni aliment ni bile. Dans d'autres cas, il souffre de douleurs tardives ou semi-tardives et vomit à ce moment quelques aliments. Souvent, il n'a pas remarqué qu'il ait eu de l'ictère ou que ses fèces aient été décolorées. Mais si l'on prend la peine d'insister avec beaucoup de soin sur l'interrogatoire du malade, on arrive à faire préciser que la douleur irradie vers l'hypoconde droit et quelquefois vers l'épaule homonyme, on s'aperçoit que le jour où il vomit, il est un peu fébricitant, et si on lui fait noter sa température, on constate qu'elle est de $37^{\circ}8$ — 38° ; ses conjonctives sont quelquefois légèrement teintées et ses urines un peu foncées. Mais surtout, une palpation attentive provoque une douleur nette dans la zone vésiculaire. Qu'on ne se contente pas d'essayer de produire cette douleur en examinant le malade étendu sur le dos. Qu'on le fasse se coucher sur le

côté gauche, la cuisse droite en flexion sur le ventre, la paroi abdominale relâchée : la région vésiculaire est douloureuse à la palpation de l'extrémité des doigts. Ou bien qu'on prie le sujet de se tenir debout et de respirer profondément : engagés sous les fausses côtes, les doigts arrivent à provoquer dans la zone vésiculaire une douleur caractéristique.

C'est dans ces cas-là que la radiographie (après administration de tétraïode) permet de rendre de grands services, puisqu'elle peut déceler la présence de calculs et montrer si la vésicule biliaire est perméable ou non.

Notons, pour confirmer la règle, que la plupart des lithéasiques que nous avons observés étaient des femmes : en effet, celles-ci étaient au nombre de 62 sur 99 malades.

Les entéropathes fournissent le même contingent que les hépatiques, c'est-à-dire 12 % du total de nos malades (en tout, 118 cas d'affections diverses de l'intestin). Un grand nombre d'entre eux (37) étaient atteints d'entéro-colite avec alternance de diarrhée et de constipation. Il s'agissait de malades nerveux, présentant des troubles dyspeptiques variés, les uns légers, les autres plus marqués, ayant des débâcles diarrhéiques, souffrant tantôt de la fosse iliaque droite, tantôt de la gauche, tantôt sur tout le trajet du colon, chez lesquels la palpation

abdominale douloureuse, révélait des spasmes, une corde colique gauche, de la sensibilité parfois très marquée du colon-ascendant. La plupart d'entre eux se plaignaient d'un symptôme typique : la nausée ; quelquefois, au cours des repas, ou immédiatement à la fin des repas, ou loin des repas, ces malades sont pris de nausées très pénibles qui mettent plus ou moins longtemps à se dissiper. Ces nausées se produisent souvent après l'absorption d'œufs ou de lait. Quelques-uns étaient atteints de colibacillose ; beaucoup, lorsqu'il s'agissait de femmes, présentaient du déséquilibre endocrinien. L'examen aux rayons X montrait toujours des troubles du remplissage et du transit coliques et des images spasmodiques totales ou segmentées.

A côté de ces colitiques se placent 31 cas de diarrhée. Ou bien il s'agissait d'anciens dysentériques chez lesquels l'examen des feces était négatif ou de dysentériques vrais (5 cas dont 2 à Lamblias), ou de malades atteints d'helminthiase (2 avaient des oxyures, 5 des taenias, 1 des ascaris), ou de malades chez lesquels la recherche des parasites ne révélait rien dans les garde-robes.

En regard, si l'on peut dire, notons 28 constipés présentant quelques signes dyspeptiques vagues, venus consulter pour ces petits troubles, et qui étaient surtout des constipés. Parmi eux, beaucoup

étaient hémorroïdaires (notons que deux avaient une fissure annale) saignant ou non. (1) Cinq étaient affligés de dolichocolon et un de mégacolon décelés par l'examen radiologique.

Signalons un petit nombre de malades atteints d'appendicite. L'un de ces malades présentait une appendicite aiguë typique. Les neuf autres souffraient d'appendicite chronique. On connaît les troubles digestifs dont sont atteints ces malades : nausées, vomissements alimentaires, langue saburrale, constipation. Si l'on s'en tient aux seuls renseignements fournis par les malades, si l'on néglige de palper avec soin la région appendiculaire, on risque de voir le patient continuer de souffrir et de l'exposer à des graves complications. L'examen radiologique peut aider à fixer le diagnostic.

Notons enfin que nous avons eu l'occasion de soigner à notre consultation réservée aux maladies de l'estomac, deux cas de cancer de l'intestin (un du rectum et un de l'anse sigmoïde), trois de rectite aiguë, un de rétrécissement rectal chez un sodomite, un de maladie de Nicolas-Favre et trois de hernie (dont une de la ligne blanche).

(1) Nous ne parlons pas ici des nombreux dyspeptiques étudiés précédemment qui présentaient quelques hémorroïdes.

11. — *Malades atteints de troubles digestifs certains dont l'origine n'a pu être décelée*

Il s'agit de douze malades qui avaient eu des hématomés (6 cas) ou du melaena (5 cas). Chez eux, l'origine de ces graves symptômes n'a pu être décelée.

Tantôt, il s'agit d'un malade présentant quelques troubles dyspeptiques légers et ayant eu deux hématomés abondantes, sans que les examens radiologiques pratiqués aient montré aucune image anormale. Tantôt, c'est une patiente ayant eu deux hématomés, en pleine santé et chez laquelle les rayons X ne décèlent rien de particulier. Dans un autre cas, la malade avait eu, treize ans plus tôt, une hématomèse suivie de melaena, après quelques troubles dyspeptiques à peine marqués ; longtemps bien portante, elle avait eu à plusieurs reprises du melaena, la dernière fois six ans plus tôt ; ici encore, les examens radiologiques sont négatifs. Chez une autre malade, atteinte depuis de longues années de constipation habituelle, mais ayant subi à vingt-trois ans une castration pour ovaires scléro-kystiques et ne présentant aucun signe de dyspepsie, apparition brutale d'une hématomèse, sans constatation d'aucun signe radiologique ; peut-être s'agit-

il d'une hématémèse supplémentaire. Enfin, mêmes examens radiologiques négatifs chez un ancien spécifique mal soigné, digérant médiocrement, et ayant eu une hématémèse abondante. Chez aucun de ces malades, on ne trouva de splénomégalie. Il n'y a pas eu de recherches hématologiques.

Pour ce qui est des cas de melaena sans images radiologiques anormales, il nous a été donné d'en voir également six cas, sans que nous ayons pu en découvrir l'origine : dans trois cas, peut-être l'hémorragie était-elle due à un néoplasme gastrique, dans deux autres, chez un constipé et chez un diarrhéique, l'examen physique ne révélait rien : les malades n'ont pu être vus à l'écran ; pour le sixième, les troubles digestifs du patient étaient si légers, qu'il est possible que le melaena ait pu provenir de l'hypertension artérielle pour laquelle le malade était soigné à la consultation de médecine générale.

D. — *Malades atteints d'affections des autres appareils*

Ici se place un groupe de 53 malades atteints de toutes sortes d'affections qui s'accompagnaient de troubles digestifs plus ou moins marqués, les uns légers, les autres sérieux, et que les patients attribuaient à une maladie gastrique.

On sait que les hypertendus, les néphritiques, peuvent présenter des manifestations gastro-intestinales pathologiques parfois graves. Tantôt il s'agit d'un malade atteint de troubles dyspeptiques légers avec diarrhée, mais chez lequel la P.A. est de 24-8, qui souffre de vertiges, de bourdonnements d'oreilles ; tantôt, d'un sujet se plaignant de nausées continues avec diarrhée, amaigrissement, dont l'aorte est élargie et clangoreuse ; chez une autre, les troubles dyspeptiques légers s'amendent dès qu'on fait baisser la P.A. qui est de 20-9 ; une autre fois, il s'agit d'une femme de soixante-sept ans, souffrant violemment de l'estomac depuis quelques mois, ayant beaucoup maigri, et dont la P.A. est de 24-10 ; celui-ci souffre de brûlures gastriques violentes deux heures après les repas, mais ses urines contiennent de l'albumine, sa P.A. est de 26-8 ; celle-ci vient consulter pour de la pesanteur gastrique, de la constipation, de la céphalée, mais ses urines sont albumineuses, son foie est sensible, elle présente un léger œdème des malléoles ; deux autres, dont la P.A. était chez l'une de 25-10, chez l'autre de 26-15, souffraient de douleurs tardives et de vomissements.

Rappelons le cas de ce malade signalé plus haut, et qui eut un melaena dû sans doute à l'hypertension pour laquelle il était soigné.

Parmi les autres malades, signalons quatre fem-

mes en état de grossesse, et qui rapportaient leurs vomissements à une maladie d'estomac, trois tuberculeux, trois cas d'urticaire, six cas de migraine (1), un d'eczéma, deux d'obésité, un de diabète, deux d'asystolie, trois de coliques néphrétiques, trois de vertiges d'origine auriculaire, trois de grippe, un de typhoïde, un de néoplasme généralisé, un cas d'angine, un de saturnisme, deux d'urétrite, un de kyste hydatique du péritoine, un d'inversion des organes abdominaux avec hématomésoe due peut-être à un ulcus gastrique.

E. — *Sujets atteints de maladie dont le diagnostic n'a pas été fait*

Dans ce groupe se classent 33 malades atteints de symptômes digestifs de diverses origines, dont nous n'avons pu diagnostiquer la cause. Ou bien, la situation nous semblait si grave (fièvre élevée, mauvais état général) que nous évacuions immédiatement les sujets sur une salle de malades, et alors, nous les perdions de vue. Ou bien, plus souvent, ces

(1) Les migraineux sont souvent traités comme gastropathes parce qu'ils omettent de se plaindre de leurs migraines. C'est au médecin, par son interrogatoire, à découvrir ces migraines qu'il peut améliorer et guérir.

malades atteints de vomissements ou de douleurs semblant ressortir à un ulcus de l'estomac ou du duodénum, à une sténose pylorique ou à une lithiase biliaire, étaient envoyés au service de radiologie et ne revenaient pas nous consulter, pour des raisons demeurées inconnues de nous. Parfois, malgré des examens attentifs et répétés, nous ne sommes pas parvenu à avoir de diagnostic.

CHAPITRE IV

DE L'EXAMEN DES DYSPEPTIQUES

De ce qui précède, quelles conclusions pratiques peut-on tirer ?

1° Contrairement à ce qu'on pourrait croire, une consultation de gastrologie est surtout alimentée par des malades qui n'ont pas d'affection organique de l'estomac. Ces dyspeptiques ne sont pas, pour employer l'argot médical des « gastriques ». Il s'agit de malades atteints de troubles digestifs plus ou moins marqués, se plaignant surtout de lenteur de l'évacuation gastrique, gênés dans leur digestion, mais ne souffrant réellement pas, ou de patients chez lesquels les troubles nécro-pathiques occupent le premier plan dans la symptomatologie qui caractérise leur maladie : aéro-phages, souffrant parfois avec une telle constance et si violemment qu'on les pourrait croire atteints d'ulcère ou de cancer, présentant des troubles endocriniens importants lorsqu'il s'agit de femmes, ces malades ne sont atteints d'aucune lésion organique que puissent déceler les moyens d'investigation dont nous disposons.

2° A côté de ce groupe important de malades, s'en place un second, composé de patients dont les troubles stomacaux, d'origine réflexe, se rencontrent au cours d'affections organiques non digestives.

3° Enfin, viennent, en troisième lieu, les malades atteints d'affections organiques de l'estomac ou d'un autre point du tractus digestif. Il faut y insister : ces malades forment un groupe relativement restreint, et les hépatiques et les entéropathes sont au moins aussi nombreux que les gastriques dans cette troisième catégorie de patients.

Mais alors, en présence d'un malade qui vient se plaindre de troubles digestifs, quelle conduite tenir ?

La symptomatologie stomacale paraît réduite à un minimum de signes, et il semble qu'il soit assez facile de faire rapidement un diagnostic précis lorsqu'on examine un dyspeptique. En vérité, la réalité est toute différente, et bien souvent le médecin devra être très prudent dans ses affirmations tant qu'il ne se sera pas entouré de tous les moyens d'investigations dont il dispose pour justifier son diagnostic.

Lorsque le malade viendra consulter, il faudra lui faire subir un interrogatoire minutieux. On l'interrogera donc d'abord sur les symptômes d'ordre digestif qu'il a notés spontanément et ceux qui peu-

vent lui avoir échappé, puis sur les signes qui dénotent une atteinte des autres appareils.

Nous avons dit que les gastropathes sont souvent de grands nerveux. Il conviendra donc de leur inspirer tout de suite confiance. Il faut être psychologue et savoir de quelle manière on peut les influencer favorablement. On plaisantera avec l'un, on écouterà l'autre avec un intérêt passionné, on tranquillisera celui que l'émotion prive de tous ses moyens. Après leur avoir demandé d'exposer leur cas, après les avoir écoutés avec patience (et parfois il en faut beaucoup !), on reprend leur récit et on décrit après ceux des symptômes dont ils se plaignent. Il ne faut pas craindre d'insister sur certains signes dont l'importance leur échappe. Il faut, quelquefois, imposer sa volonté et ne pas laisser fuir l'attention de ces malades. Il faut savoir parfois se mettre en colère si l'on veut obtenir une réponse précise dont vont dépendre le diagnostic, le pronostic et le traitement. Lorsqu'on aura entendu les malades exposer leur observation, on leur fera subir un interrogatoire serré. Pour cela, on agira avec méthode en suivant toujours le même ordre.

Tout d'abord, on demandera au malade comment il mange, c'est-à-dire s'il mange vite ou non, s'il mastique bien, s'il a toutes ses dents, si celles-ci sont en bon état, s'il a ou non un dentier. On

s'inquiétera de la manière dont il se comporte à table : lit-il en mangeant ? a-t-il le temps nécessaire pour manger lentement ? fume-t-il à table ? S'il se plaint de souffrir, on fera spécifier comment : s'agit-il de gêne, de ballonnement, de pesanteur, de sensations de déchirement, de transfixion, de plaie ? On tentera d'obtenir des précisions sur la localisation de ces douleurs ; sont-elles fixes ou irradient-elles ? siègent-elles à l'épigastre, vers l'hypocondre droit ? irradient-elles vers les fausses côtes droites, vers l'épaule, vers la colonne vertébrale ?

On insistera sur l'heure où le malade souffre : est-ce à jeun ? après les repas ? entre les repas ? Si c'est loin des repas, à quelles heures ? Est-ce autant le jour que la nuit ? La position couchée améliore-t-elle ou non ces douleurs ? Comment la chaleur agit-elle sur celles-ci ? Se produisent-elles tous les jours ? Si c'est par périodes, suivant quel rythme ? Si le malade vomit, sont-elles calmées par l'ingestion d'aliments ou d'une poudre inerte ?

Si le malade vomit, on insistera sur les caractères des vomissements. Y en a-t-il eu un seul ou plusieurs ? A quelles dates se sont-ils produits ? Quels étaient leur goût, leur aspect, leur composition ? Étaient-ils acides, sucrés, insipides, bilieux ? avaient-ils un goût de sang ? Étaient-ils liquides, muqueux, alimentaires, verts, rouges ? Les aliments étaient-ils

digérés ou entiers ? Si le malade a vomi du sang, on lui demandera s'il toussé, s'il saigne du nez. Le sang était-il abondant, clair, noir, liquide, en caillots, en filets ? On interrogera avec insistance le patient sur ses fonctions intestinales. Parfois, surtout lorsqu'on a affaire à une femme, on aura de la peine à obtenir des précisions. Il ne faut pas se laisser rebuter par les réponses vagues et il convient d'insister. Le malade va-t-il à la selle tous les jours ? Quand ? Combien de fois ? Si c'est plusieurs fois, combien, et à quels moments ? Quel est l'aspect des matières ? Sont-elles moulées, pâteuses ou liquides ? Sont-elles rondes, aplaties, ovillées, fragmentées ? Quelle est leur couleur ? Sont-elles foncées, claires, décolorées, noires ? On aura recours aux comparaisons avec le mastic, le boudin, la suie, la poix, le goudron. On demandera au malade s'il a perdu ou perd du sang vermeil en allant à la garde-robe : le sang tombe-t-il en gouttes ou en jet à la fin de la selle ? Est-ce du sang qui a jailli sans matières ? Est-il mélangé aux feces ? Celles-ci contiennent-elles des peaux, des glaires ? Ces dernières sont-elles évacuées parfois à l'état pur, sans matières ? Le malade a-t-il constaté dans ses matières des aliments non digérés, du pus, de la bile ? Si le malade a de la diarrhée, combien de selles a-t-il ? Sont-elles en purée ou liquides ? S'il est constipé, combien de jours reste-

t-il sans aller à la selle ? Souffre-t-il de l'anus pendant la selle, après la selle ?

Lorsqu'on interrogera le malade sur ses douleurs et qu'on apprendra qu'elles irradient vers l'hypocondre, ou l'épaule droite, on devra, immédiatement, lui demander s'il a eu ou non de l'ictère ou du subictère. On lui posera la même question si l'on apprend que ses selles ont été couleur de mastic. L'interrogatoire portant sur la symptomatologie digestive terminé, on s'inquiétera de savoir comment le malade se nourrit. On lui demandera quels aliments il mange, quels sont ceux qu'il digère ou croit digérer, quels sont ceux qui provoquent les douleurs, les vomissements, les troubles intestinaux. On sera souvent étonné de voir combien les dyspeptiques, qui pourraient se guérir par l'usage d'un régime, se nourrissent mal ; on sera stupéfait, parfois, de voir quelle quantité extraordinaire de pain, d'épices, d'eau, de vin, d'alcools, les malades peuvent absorber. On verra combien il est difficile, lorsqu'il est question de nourriture, d'obtenir de la plupart des malades qu'ils se soumettent à un régime rationnel. On sera non moins étonné, lorsqu'on lit les feuilles de prescriptions remises aux patients, de voir combien les régimes y sont à peine indiqués.

On ne doit pas se contenter de cet interrogatoire relatif à l'appareil digestif. Il faut explorer les

autres appareils, et pour chacun d'entre eux, poser une série de questions qui aideront à fixer le diagnostic. On interrogera successivement le malade sur son appareil respiratoire (on lui demandera s'il tousse et crache, s'il est ou non tuberculeux, s'il saigne ou non du nez), sur son cœur et ses artères, sa pression artérielle, ses reins, ses urines. On s'informera de ses antécédents personnels et héréditaires, on lui demandera systématiquement s'il a eu la syphilis. Lorsqu'il s'agit d'une femme on l'interrogera minutieusement sur sa fonction ovarienne.

On n'oubliera pas de demander au patient s'il est inquiet, irritable, asthénique, insomniaux ; s'il a des cauchemars, s'il a une vie sexuelle normale.

Puis, l'interrogatoire terminé, on examine le malade. Déjà l'habitus du patient peut fournir quelques renseignements sur son état. Celui qui souffre de gastro-névrose offre souvent à celui qui l'interroge et l'examine un visage chargé d'anxiété. Celui qui a raconté une histoire de vomissements fréquents, d'hématémèse, de douleurs très violentes, de melaena, est généralement amaigri. Pâle, il fait penser qu'il est peut-être porteur d'un néoplasme. En l'écoutant, on aura examiné ses yeux, vu si ses conjonctives sont claires ou subictériques, si ses pupilles sont égales ; on aura pu apercevoir sa langue, et s'assurer de sa couleur avant même de l'examiner.

De même, ce qu'on verra de sa denture donnera une idée de l'état de celle-ci.

On examine avec soin la langue, on note sa couleur, on vérifie l'état des dents, des gencives, on voit s'il existe des ulcérations, des plaques muqueuses, de la leucoplasie. On a eu la précaution de prier le malade de se dévêtir complètement. On examine donc le corps entier. La forme de l'abdomen donnera des renseignements sur la tonicité musculaire et sur la situation vraisemblable de la masse gastro-intestinale ; on pourra voir saillir une tumeur sous la peau, ou assister à des contractions péristaltiques et antipéristaltiques chez les sténosés ; on verra si le malade présente des varicosités costales, de la circulation collatérale, de l'ascite.

Puis, on palpe soigneusement non seulement l'épigastre, mais aussi tout l'abdomen. On se rendra compte de l'état de la paroi. On verra si elle a une bonne tonicité, si elle est lâche et mince, épaisse, adipeuse, si la ligne blanche est ou non disjointe. Cette palpation devra être douce et ne jamais faire souffrir le malade, surtout dans les cas où l'on prévoit ou bien l'on connaît l'existence d'un ulcère ou d'un cancer, ou lorsqu'un malade vient d'avoir une hématomérose. Souvent, la simple palpation provoque la douleur, mais presque toujours celle-ci est d'origine solaire. On fait préciser le siège de la douleur

ressentie par le malade en dehors de l'examen. Fréquemment, l'épigastre n'est pas douloureux, mais c'est la zone du carrefour pyloro-duodéno-vésiculaire qui l'est. On recherche si le foie est gros, si la vésicule biliaire est perceptible, si elle est douloureuse. Lorsqu'on constate une tumeur on essaye d'en délimiter la forme, le volume, les adhérences. S'il existe une sténose pylorique, l'injection en masse de la cornemuse gastrique qui dessine sa forme sous la peau, les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques spontanés ou provoqués par la main ou une chiquenaude, le clapotage, sont faciles à observer. On palpera avec non moins de soin les deux fosses iliaques, l'hypogastre ; on y trouvera souvent des signes de stase intestinale, des spasmes, un élargissement douloureux du coeco-ascendant, un appendice sensible, une corde colique gauche qui roule sous les doigts. Tandis qu'on palpe la région abdominale, on n'oubliera jamais de rechercher la ptose du rein droit ou l'augmentation de volume des deux reins.

Mais ce n'est pas tout : on ne manquera jamais de faire le toucher rectal et le toucher vaginal qui donneront les renseignements intéressants, souvent capitaux.

Ces différentes explorations terminées, on fera un examen aussi complet que possible des autres ap-

pareils, on vérifiera l'état des réflexes, on recherchera avec attention les troubles endocriniens, on n'oubliera pas de constater si les urines contiennent ou non du sucre et de l'albumine et l'on prendra la pression artérielle.

Si, souvent, cet examen somatique suffit, il est bien des cas où le diagnostic ne pourra être établi qu'en faisant appel à d'autres moyens d'exploration. Il faut poser en principe que tous les malades qui se plaignent de troubles digestifs doivent être examinés aux rayons X ; ils doivent être non seulement radioscopés mais radiographiés. On évitera ainsi des erreurs de diagnostic qui peuvent avoir de graves conséquences ; on ne prendra pas pour une affection organique une maladie à symptomatologie purement fonctionnelle, ou inversement, on évitera d'imputer à des troubles névropathiques un ulcère, un cancer, une sténose, une cholécystite. Parfois, ce n'est pas seulement l'estomac qu'il faut passer à l'écran, mais la vésicule biliaire et l'intestin lui-même, pour avoir la clé de certains problèmes de pathologie gastrique. Mais ce n'est pas tout, l'étude du chimisme gastrique, l'étude des selles, (recherche du sang, des parasites), du sang, apporteront des renseignements de premier ordre qui leveront souvent toutes les difficultés.

C'est donc en combinant les données de la clinique et les résultats fournis par les examens de labo-

ratoire et la radiologie que l'on parviendra, généralement, sans trop de peine, à faire un diagnostic exact. Cependant on doit compter avec les cas très difficiles. Il ne faut pas hésiter alors à renouveler les examens, à faire faire de nouveaux clichés radiographiques, à avoir recours à de nouvelles investigations de laboratoire, à faire appel aux spécialistes (oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologistes, neurologistes) et même au chirurgien, à qui l'on demandera parfois de faire une incision exploratrice.

D'autre part, il est des erreurs de diagnostic imputables à une affirmation erronée du malade, comme il en est d'autres dues au médecin, lequel, pour une raison ou une autre, a oublié de faire spécifier tel symptôme important, de faire faire telles recherches indispensables ou même a insuffisamment examiné son patient.

Les cinq observations suivantes, succinctement rapportées en fourniront la preuve à divers titres.

La première concerne une malade venue consulter pour des douleurs gastriques que rien ne parvenait à éguérir. Elle avait été examinée par différents médecins et en dernier lieu, par une gastro-entérologue réputé qui l'avait longuement examinée, qui l'avait fait passer à l'écran, et lui avait remis un traitement fort bien rédigé. Mais la malheureuse avait beau absorber les médicaments et suivre

à la lettre le régime qui lui avait été recommandé, elle continuait de souffrir. Or, tous ceux qu'elle avait consultés étaient passés à côté d'une constatation pourtant facile à faire : ils n'avaient pas vu qu'elle était presque totalement édentée. L'emploi d'un masticateur et le port d'un dentier suffirent à la débarrasser de ses misères.

La seconde observation a trait à une jeune femme qui, depuis de longues années, se plaignait d'un syndrome douloureux tardif accompagné de vomissements alimentaires fréquents. Cette malade, mal réglée et névropathe, avait subi plusieurs examens radioscopiques qui n'avaient montré chez elle qu'un estomac très hypotonique et un intestin spasmodique. Notons qu'il n'avait pas été fait de radiographie. Le diagnostic fut donc celui de gastro-névrose. Pendant assez longtemps, à intervalles plus ou moins espacés, les douleurs persistèrent jusqu'au jour où elle eut des hématomèses si abondantes qu'on dut lui faire trois transfusions. Lorsqu'elle fut remise de ces graves accidents, elle fut radiographiée et l'on constata qu'elle avait un ulcère.

Les deux observations suivantes sont curieuses parce que l'erreur de diagnostic commise dans l'un et l'autre cas fut due à une affirmation erronée des malades. Il s'agit de deux femmes, ayant une quarantaine d'années, et souffrant de douleurs extrê-

mement violentes à types de crampes et de brûlures, qui se produisaient trois heures après les repas et étaient suivies de vomissements alimentaires. Pas d'hématémèses ; chez l'une et l'autre, tendance à la constipation, sans melaena. Automatiquement, il leur fut demandé si leurs matières ne contenaient rien d'anormal (peaux, glaires, sang, vers) : la réponse fut négative. L'une et l'autre étaient d'anciennes spécifiques mal traitées. La première ne présentait rien du côté des réflexes rotuliens, mais elle avait une légère inégalité pupillaire. La seconde était, bien que jeune, déjà tabétique. En outre, elle avait subi une castration pour salpingite double, et elle était soignée depuis longtemps pour des adhérences douloureuses. Les deux malades furent passées à l'écran. Chez la première, on ne nota qu'un estomac très hypersthénique. Mais chez la seconde, le duodénum était déformé, on pouvait se demander si elle n'était pas atteinte d'un ulcus duodénal. On fit également l'hypothèse, dans les deux cas, de troubles imputables à la syphilis. On prescrivit du bismuth, de la belladone, un régime sévère et le traitement antisiphilitique. Nous eûmes, environ quinze jours plus tard, la surprise d'apprendre que nos malades étaient guéries depuis qu'elles avaient, l'une et l'autre, expulsé un tœnia !

La dernière observation n'est pas moins instruc-

tive. Il s'agit d'un malade envoyé à la consultation par un médecin, dont un bref mot de recommandation attirait l'attention sur les vomissements que présentait son patient. L'atteinte de l'état général était telle qu'on nous demandait, étant donné l'âge du malade, si celui-ci n'avait pas un néoplasme gastrique. L'interrogatoire nous donna tout de suite l'impression que le diagnostic de cancer ne devait pas être exact : le malade vomissait depuis à peine quelques jours, il n'avait eu ni hématomèse ni méléna, s'il se plaignait d'une grande fatigue et d'un amaigrissement marqué, il n'avait pas la pâleur d'un néoplasique. Dès le début de l'examen somatique, on fut frappé par la teinte noire des mamelons et des bourses. La muqueuse buccale était parsemée de taches caractéristiques. L'hypotension artérielle, mesurée aussitôt, corrobora le diagnostic de maladie d'Addison dont le malheureux était atteint et dont il mourut cinq jours plus tard.

CONCLUSIONS

De nos observations, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

1° Dans une consultation de gastrologie, la proportion des malades atteints de gastropathies n'est que des 3/5.

2° Un tiers des consultants est constitué par des malades atteints d'affections digestives non gastriques, pour la plupart hépatiques ou colitiques.

3° Le reste comprend des malades atteints d'affections des autres appareils.

4° Parmi les gastropathies, il n'y en a qu'un cinquième d'organiques, le reste, c'est-à-dire la plus grande partie, étant constitué par des troubles fonctionnels.

5° Les symptômes cardinaux des affections du tube digestif — douleurs, vomissements, hématemèses, vomissements — s'ils se rencontrent surtout dans les affections organiques, peuvent être également observés au cours des maladies anorganiques ou d'affections non digestives.

6° Chez tout dyspeptique, il est indispensable d'examiner non seulement le tube digestif, mais aussi les autres appareils.

7° Les troubles endocriniens ont une place capitale dans la genèse des troubles digestifs.

8° L'examen d'un malade digestif doit comporter obligatoirement une exploration radiologique ; souvent des recherches de laboratoire sont indispensables pour faire un diagnostic.

9° Le diagnostic d'une affection gastrique peut être parfois très difficile à établir et n'est possible qu'avec l'aide du chirurgien.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

